TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr OULMONT
Médecin de l'hôpital Lariboisière, chevalier de la Légion d'honneur,

CANDIDAT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(SECTION DE THÉRAPEUTIQUE ET D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.)

PARIS
IMPRIMERIE DE E. MARTINET
RUE MIGNON, 2
1867

TITRES

Ancien aide de clinique et lauréat de la Faculté de médecine de Strasbourg.

1840. Interne des hôpitaux de Paris.

1843. Lauréat des hôpitaux (médaille d'argent).

1844. Lauréat des hôpitaux (médaille d'or).

1847. Chef de clinique de la Faculté de médecine à la Charité.

1852. Médecin du bureau central des hôpitaux.

1854. Médecin de l'hospice Larochefoucault et de l'hôpital Saint-Antoine.

1857. Médecin de l'hôpital Lariboisière.

1849, 1854 et 1865. Médailles d'argent pour services rendus pendant l'épidémie de choléra.

1860. Chevalier de la Légion d'honneur.

Membre de la Société médicale des hôpitaux, de la Société d'observation, de la Société anatomique, de la Société de médecine de la Seine, etc.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PUBLICATIONS DIVERSES.

Observation de perforation spontanée du duodénum, suivie de péritonite suraiguë mortelle (*Archives médicales de Strasbourg*, 1839).

Observation de grossesse extra-utérine tubaire avec rupture de kyste; hémorrhagie abdominale suivie de mort (*Arch. méd. de Strasb.*, 1839).

Observation d'opération césarienne suivie de tétanos (*Bulletin de la Société anatomique*, 1841).

Rapport sur une observation d'anévrysme de l'aorte de M. Renauldin (*ibid.*, 1842).

Observation d'un anévrysme de l'aorte abdominale (*ibid.*, 1842).

Observation d'obstruction intestinale causée par une sorte de torsion de l'intestin survenue au niveau de la partie supérieure de l'S iliaque du côlon; et ayant déterminé une dilatation énorme du gros intestin (2 centimètres de large) (*ibid.*, 1842).

Observation de maladie du cœur, insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche (*ibid.*, 1843).

Et autres observations disséminées dans divers recueils.

Recherches sur la pleurésie chronique.
(Thèse inaugurale, 1844.)

Le caractère constant de la pleurésie chronique est l'épanchement pleural, séreux ou purulent et la présence de fausses membranes. — Celles-ci sont plus ou moins organisées, denses et épaisses, refoulant le poumon dans divers sens, suivant la rapidité avec laquelle s'est fait l'épanchement. Ces fausses membranes, même quand elles sont récentes, empêchent le développement du poumon par l'insufflation, dans les limites de l'espace qu'elles occupent. Il en résulte que l'opération de l'empyème a des chances de succès d'autant plus grandes que le poumon est revêtu de fausses membranes dans une moindre étendue. — La fausse membrane et la plèvre qu'elle revêt peuvent devenir le siége de perforations spontanées. J'ai dans mon travail, étudié attentivement le mode de formation de ces perforations, établi leur caractère spontané par des faits incontestables, et rapporté des exemples de guérison de la fistule pleurale. — La fausse membrane est l'élément de la cicatrisation et de la guérison, soit par l'accollement des parois pleurales et par son organisation, soit par les transformations diverses qu'elle peut subir. — C'est à ces transformations que sont dues les déformations consécutives à la pleurésie chronique. — J'ai cherché à mettre en relief une terminaison peu connue dans cette maladie, c'est la mort subite, dont je rapporte plusieurs exemples qui tous ont trait à des pleurésies avec épanchement séreux considérable. Dans le traitement par la thoracocentèse, je n'admets pas l'opinion de M. Cruveilhier, qui pense que dans l'empyème il suffit de donner une issue au liquide. Je crois que la cavité thoracique distendue par un épanchement offre de l'analogie avec un vase inerte rempli de liquide, que l'expiration n'a sur l'écoulement du pus ou de la sérosité qu'une influence médiocre parce que le poumon se développe lentement et difficilement, que la rétraction de la poitrine très-lente aussi n'agit pas plus efficacement, et que dans la thoracocentèse, comme dans la perforation spontanée, le lieu d'élection doit être le point le plus déclive, et autant que possible la partie postérieure et inférieure. —

L'existence d'une perforation pulmonaire n'est pas une contre-indication à l'opération, elle semble être au contraire très-utile en agissant comme une sorte de contre-ouverture.

De l'hydropisie de l'amnios.

(*Revue méd.-chirurg. de Paris,* 1849.)

Dans ce mémoire, à l'occasion d'un fait très-intéressant que j'ai eu occasion d'observer, j'ai cherché, à l'aide d'observations disséminées dans les auteurs, à refaire l'histoire complète de la maladie. J'en ai recherché les causes que j'ai trouvées surtout dans les lésions de la membrane amniotique, du placenta ou dans des maladies et vices de conformation du fœtus. J'ai insisté surtout sur la nécessité d'un diagnostic attentif pour la distinguer des épanchements abdominaux, avec lesquels elle a été confondue. Le traitement médical, — saignées, diurétiques, purgatifs, révulsifs, n'a aucun résultat. Dès que l'hydropisie est déclarée, rien ne peut en arrêter le cours. Lorsque l'accumulation du liquide est considérable et qu'il survient des accidents de suffocation, j'ai cherché à démontrer la nécessité de recourir à l'avortement provoqué, et mon opinion est qu'il ne faudra pas attendre que des souffrances prolongées aient épuisé les forces de la mère et altéré celles de l'enfant. La seule difficulté qui pourrait se présenter serait, si, comme dans l'observation rapportée dans mon travail, il s'agissait d'une grossesse clandestine. Dans ce cas encore, le salut de la mère doit l'emporter sur toute autre considération et l'avortement doit être provoqué.

De l'auscultation de la voix dans les épanchements pleurétiques.

(*Revue méd.-chirurg. de Paris,* 1850.)

Dans les épanchements pleurétiques, le retentissement de la voix subit une double modification qui est en rapport avec la quantité de liquide. Lorsque l'épanchement est assez peu abondant pour n'exercer sur le

poumon qu'une compression modérée, la voix pourra revêtir le caractère chevrotant, argentin, superficiel qui caractérise l'égopbonie. Celle-ci se lie le plus souvent à l'existence d'un bruit respiratoire soufflé ou au souffle bronchique; mais lorsque l'épanchement est ancien ou très-abondant, que le bruit respiratoire ne s'entend plus, qu'il n'existe pas de souffle bronchique, l'égophonie disparaît aussi, et le retentissement de la voix prend un caractère tout particulier. Quand on fait, dans ce cas, parler un malade, la voix arrive à l'oreille qui ausculte comme si elle venait des profondeurs de la poitrine, elle a un timbre clair, net, sans être pourtant assez distinct, pour qu'on perçoive les mots. Il s'y joint un léger tremblottement, mais il n'y a aucun frémissement des parois thoraciques, et elle ne ressemble en rien à la résonnance aiguë et superficielle du l'égophonie. J'appellerai volontiers cette variété de retentissement du nom de *voix transmise*, et elle caractérise pour moi les épanchements abondants et anciens.

Empoisonnement par la teinture de digitale.

(*Union médicale*, septembre 1851.)

Cette observation est une véritable expérience faite accidentellement sur l'homme. — Elle démontre qu'administrée à dose toxique (environ une cuillerée à café de teinture), elle produit tous les effets, que l'expérimentation sur les animaux avait révélés. Action sur les voies digestives : par des vomissements de matières bilieuses difficiles à arrêter; sur la circulation : le pouls est tombé brusquement à quarante pulsations, et il y est resté plusieurs jours; mais la digitale n'a pas agi comme un régulateur de la circulation, car le pouls qui était roide et fort, a présenté une inégalité et une intermittence remarquables.

Le système nerveux a été atteint, car il a existé pendant plusieurs jours de la céphalalgie, du délire, de l'agitation; les pupilles étaient contractées; il y avait une anxiété précordiale, très-pénible. — Comme dans tous les cas d'intoxication par la digitale, on n'a pu constater aucun effet diurétique.

Des oblitérations de la veine cave supérieure.

(Mémoires de la Société médicale d'obs., t. III.)

Dans ce mémoire basé sur dix-neuf observations dont quatre entièrement inédites, j'ai fait, au point de vue de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie, l'histoire complète de cette lésion peu connue jusque-là. L'oblitération rcconnaît deux ordres de causes différentes : 1° la formation d'une concrétion sanguine, ou d'une concrétion cancéreuse, dans l'intérieur de la veine ; 2° la compression de tumeurs développées dans les organes voisins (tumeurs cancéreuses, tuberculeuses, anévrysmes de l'aorte). J'appelle particulièrement l'attention sur les voies nouvelles, par lesquelles se rétablit la circulation arrêtée dans l'un des plus gros troncs veineux du corps. Il se développe une circulation collatérale très-riche, bornée presque exclusivement aux veines superficielles et profondes de la partie supérieure des corps qui viennent s'aboucher dans les veines azygos qui, dans certains cas, ont subi une dilatation énorme. Les veines abdominales et épigastriques participent quelquefois, mais plus rarement à cette circulation collatérale, mais seulement lorsque l'oblitération a duré longtemps. Dans ce cas, le sang est ramené médiatement dans la veine cave inférieure.

Les symptômes de la maladie sont tout à fait caractéristiques : œdème de la face s'étendant à la partie supérieure du tronc et au bras, et s'arrêtant à la région ombilicale; teinte cyanosée de ces mêmes parties ainsi que des muqueuses buccale et oculaire. Dilatation des veines de la face, du cou, de la poitrine, des membres supérieurs et quelquefois de l'abdomen. Tendance marquée aux congestions et aux hémorrhagies, dans la partie supérieure du corps. Épanchements séreux dans les cavités pleurales et péricardiques. Malgré tout ce qu'il y a de pathognomonique dans un tel ensemble de symptômes, il est arrivé qu'on a pu les confondre avec ceux qu'a présentés une autre lésion beaucoup plus rare, l'anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure dont il existe quelques exemples dans la sciencc.

Celle-ci se distinguera par une marche plus rapide dans les accidents et surtout par l'existence d'un bruit de souffle simple ou double, au premier et même au deuxième temps, accompagné d'un bruissement et frémissement vibratoires coïncidant avec la diastole artérielle.

Relation d'une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à l'hôpital Saint-Antoine, en 1855.

(Lu à la Société médicale des hôpitaux et *Archives générales de médecine*, 1856.)

Cette épidémie a été caractérisée par ce double fait : 1° son exacte circonscription dans la salle des hommes ; 2° sa prédilection pour les sujets atteints de fièvre typhoïde. Elle a présenté en outre quelques autres particularités intéressantes. Elle naissait brusquement sans symptômes de début, et chez quelques malades la fausse membrane a été découverte à peu près par hasard. Cette fausse membrane avait l'aspect qu'elle présente habituellement, sauf qu'elle avait une teinte grisâtre. Elle s'accompagnait d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, et dans deux cas la contagion n'était pas douteuse. La mort est survenue, chez les uns, à la suite d'un affaissement progressif, dans un espace de temps qui a varié de trente-six à cinquante heures. — Les autres ont présenté tous les symptômes du croup laryngé, et ont succombé au milieu d'une asphyxie que la trachéotomie n'a pas arrêtée. Le traitement a été absolument infructueux. Les cautérisations de toutes sortes, avec l'azotate d'argent solide et liquide, avec l'acide chlorhydrique, la trachéotomie, etc., ont été vainement tentés. — Le seul moyen qui ait paru offrir quelque avantage, au moins momentané, c'est le badigeonnage fréquent de l'arrière-gorge, avec un pinceau imbibé de jus de citron.

Note sur quelques cas de tumeurs intra-thoraciques offrant tous les signes de la pleurésie chronique.

(Lu à la Société médicale des hôpitaux et *Union médicale*, mai 1856.)

La présence de tumeurs ou de productions solides dans la plèvre donne

lieu à un ensemble de symptômes physiques et rationnels qui offrent la plus grande analogie avec ceux des épanchements pleurétiques. J'ai observé un cas de kyste hydatique du foie ayant considérablement refoulé le diaphragme; un cas d'anévrysme de l'aorte pectorale occupant toute la cavité pleurale gauche; un cas d'hypertrophie considérable du foie et enfin une dégénérescence cartilagineuse de la plèvre. — Dans tous ces faits, on n'est arrivé au diagnostic qu'en tenant compte des antécédents, en étudiant attentivement la marche de la maladie et surtout l'état local. L'absence de l'égophonie et de la voix transmise, l'existence de la vibration des parois thoraciques sont des éléments de diagnostic importants, et c'est faute d'en avoir tenu un compte suffisant, que j'ai vu pratiquer une opération de thoracocentèse chez un malade qui n'avait pas d'épanchement.

De l'hématocèle rétro-utérine.

(Lu à la Société médicale des hôpitaux et *Union médicale*, 1858.)

Une des observations rapportées dans ce mémoire donne une idée assez nette du mode de formation de l'une des variétés de l'hématocèle rétro-utérine. — Les trompes qui venaient s'ouvrir dans le kyste rétro-utérin avaient subi une dilatation très-marquée, dans la trompe gauche surtout qui eût pu contenir une petite noix. Ces dilatations renfermaient un liquide noirâtre analogue à celui qu'on trouvait dans le kyste. — Il semble qu'il y ait eu une hémorrhagie tubaire double et que le sang accumulé dans les trompes, s'est frayé une voie à travers les pavillons pour s'épancher dans la cavité rétro-utérine et former une variété des hématocèles. Le traitement de cette maladie doit être exclusivement médical et énergiquement antiphlogistique au début. — Quand les symptômes inflammatoires sont calmés, l'expectation suffit le plus souvent pour arriver à la guérison. — Le traitement chirurgical, c'est-à-dire l'ouverture par le vagin de la tumeur rétro-utérine, peut amener de graves dangers et doit être proscrit.

Note sur l'influence exercée par les chemins de fer sur la santé des employés.

(In *Notions générales sur les chemins de fer*, par Perdonnet.)

L'industrie des chemins de fer n'a pas fait naître de maladies spéciales chez les agents qu'elle emploie. S'il est quelques affections dominantes, ce sont celles des voies digestives, et chez quelques-uns des affections cérébrales. Mais les premières s'expliquent par les écarts de régime et par l'anémie qui est très-fréquente, et les secondes par les habitudes alcooliques qui sont assez répandues. — En général la vie au grand air, l'activité musculaire exercée dans de certaines limites, amènent une amélioration de la santé, une augmentation des forces, une force de résistance plus grande que dans les conditions ordinaires de la vie.

Trois cas de tumeurs aiguës intra-pelviennes. — Diagnostic différentiel. — Traitement, publiés par M. Gauchet.

(*Union médicale*, 1859.)

Perforation de la cloison interventriculaire. — Cyanose très-prononcée dans les derniers temps de la vie.

(Lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris et *Union médicale*, juin 1857).

Il existe des perforations accidentelles de la cloison interventriculaire survenant à une époque avancée de la vie. Elles sont caractérisées : 1° par la forme des bords de l'ouverture qui sont déchirés, irréguliers, anfractueux, tandis que dans la communication congénitale, les bords sont lisses; 2° la paroi ventriculaire est amincie, il y a altération du tissu musculaire autour de l'ouverture, c'est l'anévrysme vrai et partiel du cœur; 3° enfin, il existe une ecchymose assez étendue au pourtour de cette perforation, et cette ecchymose tient à ce qu'un grand nombre de ces perforations est

produit, soit par une hémorrhagie des parois du cœur, soit par une infiltration sanguine qui serait le résultat de la rupture elle-même. Cette ecchymose est un signe pathognomonique. (Barth.)

Observations d'ataxie locomotrice. — Arrêt de la maladie et amélioration pendant six mois. — Mort par congestion cérébrale.

(Lu à la Société médicale des hôpitaux et *Union médicale*, mars 1862.)

Cette observation démontre la possibilité de l'arrêt de la maladie et de son amendement pendant un temps assez long. Elle a permis de constater que l'ataxie locomotrice devait être rattachée à une lésion de la moelle épinière. Cette lésion consistait dans une atrophie des cordons postérieurs de la moelle, qu'on peut assimiler à certains cas de sclérose du système nerveux, avec production abondante de corpuscules amyloïdes.

De la digitale et de sa valeur thérapeutique dans le rhumatisme articulaire aigu.

(Lu à l'Académie impériale de médecine.)

Dans ce mémoire, l'auteur cherche à apprécier la valeur thérapeutique de la digitale, et à déterminer les indications de son emploi dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Après avoir rappelé l'action physiologique de ce médicament, il indique les précautions dont il s'est entouré, tant dans le choix du médicament que dans la constatation des faits, pour obtenir des résultats certains et irrécusables. C'est ainsi qu'il a pu voir, qu'administrée à la dose de 0,50 à 1 gramme d'herbe pulvérisée par jour, la digitale ne produit aucun effet sensible avant trente-six à quarante-huit heures, ni sur le pouls, ni sur la température, ni sur les manifestations morbides. Au bout de ce temps, le pouls baisse d'une manière graduelle, mais assez sensible, ainsi que la température, mais celle-ci beaucoup moins. Après trois à quatre jours, ou un peu plus, il survient des phénomènes d'intolérance, caractérisés par des vomisse-

ments verdâtres ou des nausées, alors le pouls tombe assez rapidement de 20 et même de 40 pulsations, et la température baisse également de 1 à 2 degrés. Ces phénomènes persistent pendant quelques jours, quand on a cessé l'usage de la digitale. A partir de ce moment, les manifestations du rhumatisme disparaissent quelquefois avec une rapidité surprenante le quatrième ou le cinquième jour, le plus ordinairement du septième au douzième jour.

L'auteur, dans les observations qu'il a faites, n'a jamais vu survenir de péricardites ou d'endocardites. La convalescence est courte et rapide. Néanmoins il survient quelquefois des accidents cérébraux, du délire, de l'agitation, de la céphalalgie qui ne persistent pas. D'autres fois, on remarque un anéantissement des forces avec des accès de suffocation, qui ont paru reconnaître pour cause le brusque ralentissement de la circulation. Comparant cette méthode de traitement à celles qui sont suivies habituellement, l'auteur formule des conclusions, dont voici les principales : 1° La digitale est un médicament précieux dans les cas de rhumatisme articulaire aigu simple, avec fièvre vive et sans complications. 2° Elle agit contre l'élément-fièvre, en abaissant le pouls et la température. 3° Son utilité est moindre dans les rhumatismes subaigus, ou quand les attaques sont sous l'influence d'une diathèse rhumatismale. — Elle peut dans ces cas modérer les accès, mais les rechutes sont fréquentes. 4° Dans les rechutes, la digitale perd son action. 5° Les complications cérébrales et cardiaques sont rares. 6° La digitale sera utile chez les individus qui sont doués d'une certaine excitabilité cérébrale, due à des habitudes alcooliques ou à toute autre cause. 7° Elle est dangereuse chez les individus atteints de maladies du cœur, anciennes ou récentes, chez lesquelles un brusque ralentissement du pouls pourrait faire redouter la formation, soit de caillots intra-cardiaques, soit d'embolie pulmonaire.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.